

Mindfulness e compassione nel lutto vicario nelle professioni di aiuto

Intervento ECM — Ordine degli Psicologi della Toscana
“Nascere e Morire: confini e continuità dell’esperienza umana”
Firenze, 8 maggio 2026

Silvia Bianchi
Psicologa psicoterapeuta



Tesi dell'intervento

Dalla competenza tecnica alla presenza incarnata

Il lutto del professionista non è un “rumore di fondo”: è un dato clinico, etico e formativo da riconoscere.

Il problema

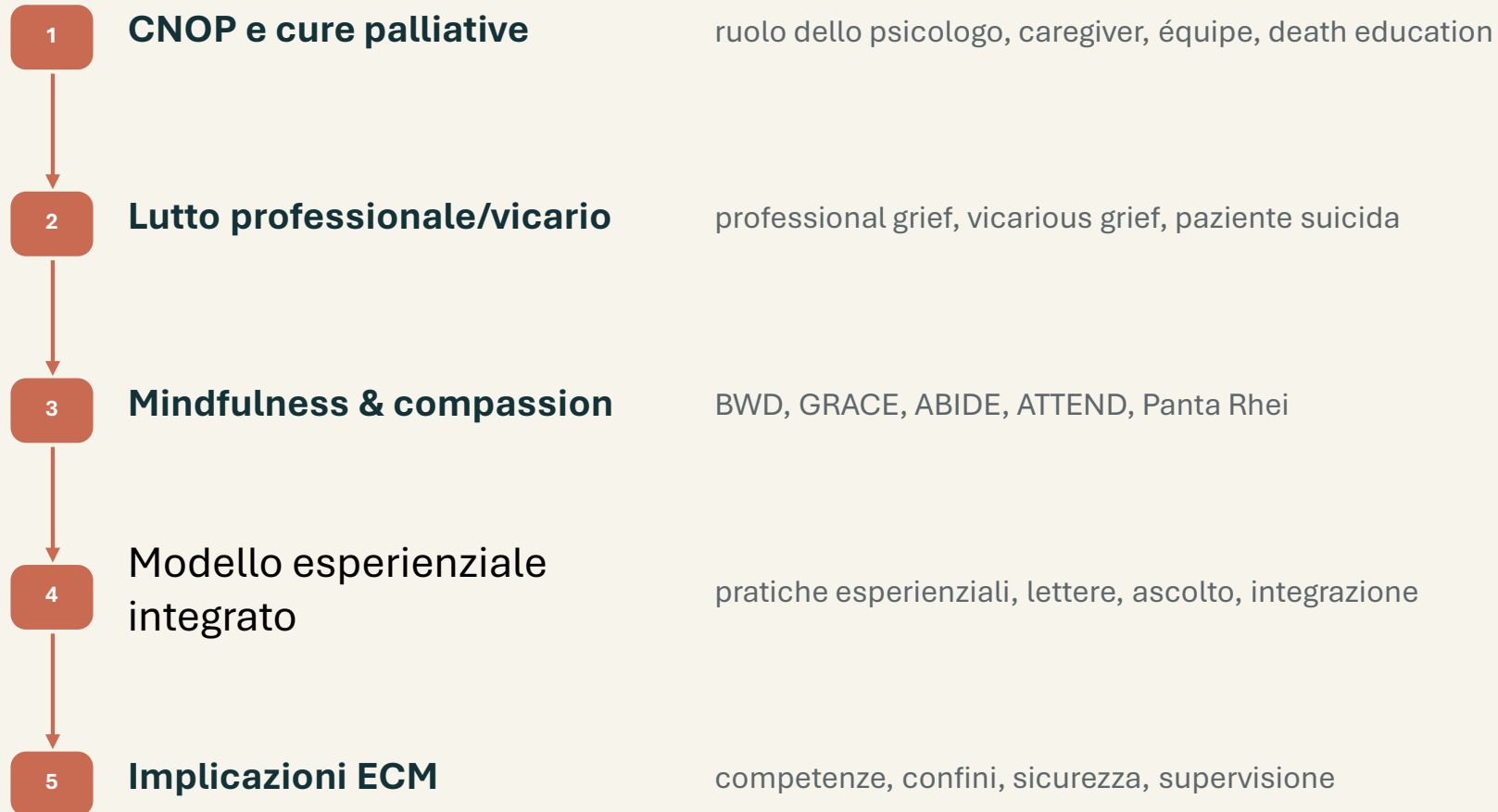
Nelle professioni di aiuto la morte del paziente, il dolore dei familiari e la sofferenza del team possono produrre lutto professionale/vicario. Spesso però restano non nominati, normalizzati o ridotti a burnout.

La proposta

Mindfulness, compassion e formazione esperienziale aiutano a distinguere empatia travolgente, evitamento difensivo e compassione regolata.

Mappa del percorso

Le slide seguono una progressione: dati → cornice italiana → training → pratica



01

Cornice CNOP: cure palliative, team e formazione



Il quaderno CNOP: cornice italiana recente

Psicologia cure palliative, cure palliative pediatriche e terapia del dolore — esiti gruppo tecnico triennio 2021–2024

- Lo psicologo palliativista sostiene paziente, familiari/caregiver e team multiprofessionale.
- Il documento richiama burnout, ansia di morte, death education, comunicazione difficile e supporto al lutto.
- Sono raccomandati formazione, supervisione e interventi di mindfulness/compassion “on the job”.
- Punto critico: lo psicologo viene descritto come supporto/collante, ma va riconosciuto anche come soggetto esposto al lutto professionale.

Cure palliative: la sofferenza è distribuita

Il campo clinico comprende paziente, famiglia/caregiver, équipe e istituzione

Caregiver/familiari

Alti livelli di ansia, depressione, disturbi di adattamento, burden, lutto anticipatorio/prolungato, insonnia, ideazione suicidaria in sottogruppi vulnerabili.

Équipe

Morte ripetuta, comunicazioni difficili, moral distress, disumanizzazione difensiva, burnout, perdita di senso e riduzione del piacere fuori dal lavoro.

Psicologo

Sostiene tutti, ma non è “fuori campo”: assorbe dolore, impotenza, morte, lutto e può vivere lutto vicario/professionale.

La domanda non è solo: “come sosteniamo pazienti e famiglie?” ma anche: “chi sostiene chi sostiene?”

Cosa il CNOP indica come utile per i professionisti

Da prevenzione del burnout a death education e pratiche contemplative

Formazione

coping, comunicazione, death notification, conversazioni difficili

Supervisione

spazio continuativo su competenze professionali e personali

Mindfulness / compassion

ridurre distress, sostenere resilienza e motivazione prosociale

Rituali e supporto

debriefing, peer support, rituali personalizzati dopo la morte

Death education

ridurre evitamento della morte;
sviluppare competenza esistenziale

02

Dal burnout al lutto professionale: ciò che resta “hidden in plain sight”



Professional grief: “hidden in plain sight”

Il lutto del curante è visibile nella pratica, ma poco riconosciuto

- Phillips, Trainum & Thomas Hebdon (2025): scoping review di 81 pubblicazioni, 2004–2024.
- Fattori individuali: vulnerabilità early-career, scarsa formazione formale, storia personale.
- Fattori interpersonali: età/diagnosi del paziente, qualità della relazione, identificazione.
- Fattori sistemici: cultura della soppressione emotiva, carichi di lavoro, mancanza di spazi istituzionali.
- Interventi esistenti prevalentemente peer-based; efficacia ancora poco dimostrata.

Vicarious grief: il lutto evocato dal lutto dell'altro

Non è solo compassion fatigue o trauma secondario

Definizione

Vicarious grief: lutto evocato dalla perdita di un'altra persona, anche senza relazione intima diretta con il defunto.

Tipo 1

Il professionista sente, per risonanza, ciò che può vivere la persona in lutto.

Tipo 2

Il lutto dell'altro riattiva lutti personali o professionali non pienamente integrati.

- Jose et al. (2023): studio mixed-method su operatori sanitari, religiosi e salute mentale durante COVID-19.
- Molti partecipanti mostrano livelli moderati o alti di VG; gli operatori sanitari riportano livelli più elevati.
- Temi qualitativi: contesti del lutto, presenza/silenzio, condivisione del dolore, internalizzazione, coping.

Come i professionisti affrontano la morte dei pazienti

Feng, Shen & Li (2024): meta-sintesi qualitativa, 30 studi, 545 partecipanti

Emotivo

pianto, espressione, distacco

Cognitivo

attribuzione, senso, reframe

Comportamentale

routine, pausa, sport, evitamento

Relazionale

confini, funerali, lettere

Spirituale

fede, valori, trascendenza

Professionale

ruolo, crescita, obiettivi

Le strategie efficaci sono multidimensionali: il lutto professionale non si cura solo “pensando meglio”, né solo “sentendo di più”.

Quando muore un paziente per suicidio

Uno degli eventi più traumatici per clinici e tirocinanti

Jupina et al. 2024

Systematic review: impatto del suicidio del paziente su operatori sanitari; supporti desiderati includono counseling, postvention, debriefing, supervisione, case review, tempo e supporto legale.

Leaune et al. 2021

764 psichiatri francesi: 87,3% esposti a suicidio di paziente; 13,7% sintomi PTSD; colpa, tristezza e shock frequenti; 15,1% ha considerato temporaneamente cambiare carriera.

Spruch-Feiner et al. 2022

Survey su 2.157 clinici ambulatoriali NY: esposizione maggiore tra psichiatri (57%) rispetto a psicologi (30%) e infermieri/NP (36%).

Implicazione

Il clinico può diventare “clinician survivor”: non solo rischio medico-legale, ma lutto professionale, vergogna, isolamento e cambiamenti nella pratica.

Suicidio: dati italiani recenti come sfondo clinico

I dati ufficiali completi sulle cause di morte arrivano con ritardo; l'ultimo anno consolidato disponibile è 2022

Italia

ISTAT: nel 2022 sono morte per suicidio circa 3.906 persone; uomini in oltre tre casi su quattro.

Trend pandemia

Fonti giornalistiche su dati ISTAT segnalano: 2020 circa 3.748; 2021 circa 3.870; 2022 circa 3.934, con inversione rispetto al calo pre-pandemico.

Giovani

Il suicidio resta un esito raro ma ad alto impatto; le fonti italiane riportano vulnerabilità giovanile e aumento di richieste di aiuto a Telefono Amico dopo il 2020.

Per il terapeuta, la morte per suicidio di un paziente non è “solo un evento clinico”: è un evento di rottura del senso professionale.

03

Mindfulness, compassion e modelli contemplativi nel fine vita



Being With Dying (BWD): formazione contemplativa al fine vita

Joan Halifax / Upaya: stare con morte, morire, dolore e cura senza collassare

Origine

Programma professionale per clinici in compassionate care of the seriously ill and dying.

Tre fuochi

Mindfulness, compassion, self-care: coltivare presenza, stabilità e cura di sé nel contatto con il morente.

Studio

Rushton et al. (2009) valutano l'impatto del training BWD su professionisti sanitari: bisogni su cura psicosociale/spirituale, moral distress, grief e burnout.

Pratiche contemplative, ascolto profondo, presenza al morente, lavoro su compassione e limiti. Il punto non è “sapere cosa dire”, ma sviluppare la capacità di stare con sofferenza e incertezza. BWD mostra una forte convergenza con i training esperienziali per professionisti basati su mindfulness, compassion, morte, lutto, ascolto profondo e role playing.

GRACE, ABIDE, ATTEND: tre mappe per non perdersi nel campo

Modelli compatibili: presenza, intenzione, corpo, relazione, azione etica

GRACE

Gathering attention; Recalling intention;
Attuning to self/other; Considering what will
serve; Engaging ethically, then Ending.

ABIDE

Attention; Balance; Intention;
Discernment; Embodied engagement.
Modello euristico di compassion in
clinical settings.

ATTEND

Attunement; Trust; Touch; Egalitarianism;
Nuance; Death education. Modello
mindfulness-based per la bereavement
care.

*Comune denominatore: il professionista usa se stesso come strumento
regolato, non come contenitore illimitato.*

Perché mindfulness e compassion sono rilevanti nel lutto

Meccanismi trasversali a pazienti, familiari e professionisti

Regolazione

stare nel corpo senza flooding

Decentramento

vedere pensieri/colpa/ruminazione come eventi mentali

Non evitamento

contatto graduale con perdita e limite

Self-compassion

ridurre vergogna, inadeguatezza, autocritica

Meaning & values

ri-orientare azione e vita dopo la perdita

Relazione

ascolto profondo senza salvare o fuggire

Mindfulness e self-compassion dopo suicidio

Panta Rhei: dati italiani su ritiri brevi per persone in lutto da suicidio

Pilot feasibility

Scocco, Zerbinati, Preti, Ferrari & Totaro (2019): weekend mindfulness-based per bereaved by suicide; riduzione distress a breve termine.

Non-randomized trial

Scocco et al. (2022): 147 partecipanti; 97 in intervento intensivo di 16 ore; aumento mindfulness/self-compassion e riduzione distress POMS nel pre-post.

Punto utile per la formazione: anche nel lutto traumatico da suicidio, pratiche intensive ma contenute di mindfulness e self-compassion sono plausibili e studiate.

Una struttura formativa esperienziale

Non “lezione sulla morte”, ma apprendimento incarnato della presenza



Obiettivo: non risolvere il lutto personale del professionista, ma rendere visibile come morte e lutto si muovono nel suo corpo, nella sua presenza e nel suo modo di curare.

Somiglianze e differenze con la CBT per il lutto prolungato

Tecniche simili, setting e finalità diverse

GF-CBT / PGD

Trattamento clinico del disturbo da lutto prolungato: esposizione/reliving, riduzione evitamento, ristrutturazione cognitiva, continuing bonds, obiettivi futuri.

Training professionisti

Formazione alla presenza: meditazioni sulla morte, lettera, ascolto, valori e compassione per riconoscere reattività, evitamento e lutto vicario.

La tecnica non definisce il processo: conta se siamo in terapia del lutto, formazione professionale o coltivazione contemplativa.

Maccallum et al. (2025): l'evitamento dei reminder della perdita predice esiti peggiori; le strategie exposure-based sono utili ma difficili da applicare.

Nel modello formativo qui presentato: contatto graduale, non immersione non protetta; attenzione a agency, corpo, setting e integrazione.

Empatia che travolge, compassione che sostiene

Una distinzione clinica centrale per il lutto vicario

Empathic distress

“Sento il tuo dolore come mio”: possibile impotenza, fusione, ritiro, urgenza di salvare, stanchezza e chiusura.

Compassione

“Riconosco il dolore e resto disponibile ad agire con cura”: presenza, calore, discernimento, confini.

Training

Il passaggio richiede pratica: corpo, respiro, grounding, intenzione, ascolto, capacità di non sapere.

Il professionista non deve diventare impermeabile; deve diventare permeabile senza perdere forma.

Rompere il silenzio senza trasformare il convegno in confessione

Uso clinico della testimonianza personale

Perché può essere utile

Gli articoli mostrano stigma, soppressione emotiva e lutto professionale non riconosciuto. Una testimonianza breve può autorizzare il tema.

Rischio

Il pubblico può proiettare, giudicare o spostare il focus dal fenomeno al relatore. Serve confine narrativo.

Forma consigliata

1–2 episodi, non dettagli identificabili; nominare l'apprendimento clinico, non cercare validazione. Chiudere subito con letteratura e implicazioni formative.

La testimonianza non è centrata sul relatore: serve a nominare un fenomeno che la letteratura descrive e che spesso non trova parole nei servizi.

Una possibile formulazione del “coming out” professionale

Versione breve, contenuta, non attaccabile

«Nei primi anni di lavoro nel fine vita ho incontrato momenti in cui il dolore del paziente o della famiglia entrava nel corpo anche dopo la seduta. Allora non lo avrei chiamato lutto vicario: lo avrei chiamato stanchezza, inadeguatezza, forse fragilità personale. Oggi la letteratura ci permette di nominarlo diversamente: professional grief, vicarious grief, clinician-as-survivor. Nominarlo non significa indulgere nel dolore del curante; significa evitare che diventi evitamento, disumanizzazione o ipercontrollo.»

Poi tornare subito al punto formativo: “Se non lo nominiamo, non possiamo formare i professionisti a riconoscerlo.”

Testimonianza come ponte tra esperienza clinica e dati di letteratura, non come caso personale dettagliato.

05

Implicazioni formative per psicologi psicoterapeuti ECM



Competenze da formare nei professionisti

Non solo sapere: capacità di stare, discernere e agire

Stare

silenzio, corpo, non sapere

Distinguere

dolore proprio / dolore del paziente

Regolare

finestra di tolleranza, grounding, self-compassion

Nominare

lutto vicario/professionale senza vergogna

Discernere

quando sostenere, quando inviare, quando fermarsi

Ritualizzare

debriefing, lettere, saluti, peer support

La competenza non è non sentire: è sapere cosa accade quando si sente.

Una proposta di architettura formativa

Tre soglie per portare i professionisti “verso il mare” senza confondere formazione e terapia

Soglia 1 — Per tutti

Mindfulness, corpo, respiro, silenzio, death education, ascolto a due, consapevolezza delle reazioni.

Soglia 2 — Esperienziale

Meditazione sulla morte personale, valori/priorità, scrittura breve, condivisione strutturata e ritorno al corpo.

Soglia 3 — Avanzata/opzionale

Lutto personale, lettera al defunto, non detto/non fatto, rituale simbolico: con consenso, possibilità reale di fermarsi e indicazione a terapia/supervisione se necessario.

Non evitare il mare. Insegnare a riconoscere correnti, limiti e risorse prima della tempesta.

Sicurezza clinica e confini del setting

Il lavoro esperienziale richiede una cornice esplicita

- Chiarire che il gruppo è formazione, non psicoterapia personale.
- Prevedere opzioni di partecipazione: osservare, restare sul respiro, interrompere, chiedere supporto.
- Usare pratiche titolate: frammenti brevi, ritorni frequenti a corpo/respiro, condivisione contenuta.
- Riconoscere segnali di troppo: flooding, freeze, dissociazione sottile, ruminazione, impossibilità di uscire dall'immagine.
- Indicare percorsi di psicoterapia, supervisione o debriefing quando emergono lutti complessi o traumatici.

Take-home messages

Per psicologi psicoterapeuti e professionisti della salute

1. Il lutto professionale esiste: se non lo nominiamo, lo agiamo.

2. La mindfulness non è rilassamento: è capacità di stare nel contatto con morte, impotenza e limite.

3. La compassione non è fusione: è presenza regolata, discernimento e azione etica.

4. La formazione esperienziale va graduata: non è terapia, ma può aprire ciò che chiede cura.

5. Chi cura ha bisogno di spazi istituzionali di parola, supervisione, rituale e supporto.

Riferimenti essenziali — 1

Professional grief, vicarious grief, suicidio del paziente

- Phillips CS, Trainum K, Thomas Hebdon MC. Hidden in Plain Sight: A Scoping Review of Professional Grief in Healthcare and Charting a Path for Change. *Health Services Insights*. 2025;18. DOI 10.1177/11786329251344772.
- Feng H, Shen Y, Li X. Bereavement coping strategies among healthcare professionals: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Palliative & Supportive Care*. 2024;22(6):2194–2206. DOI 10.1017/S1478951524001147.
- Jose KMCS, Navarro AJ, Pomida AN, Hechanova-Alampay MR. Bereaved in Me: Understanding the Vicarious Grief Experiences Among Helping Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Omega*. 2023. PMID 36636856.
- Jupina M et al. Prevalence of Patient Suicide and Its Impact on Health Care Professionals: A Systematic Review. *Psychiatric Services*. 2024.
- Leaune E et al. Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists. *L'Encéphale*. 2021.
- Spruch-Feiner A et al. Effects of Patient Suicide on Professional Practice Among Mental Health Providers. 2022.

Riferimenti essenziali — 2

Mindfulness, compassion, fine vita, lutto e suicidio

- CNOP. Psicologia cure palliative, cure palliative pediatriche e terapia del dolore. Quaderni CNOP, esiti del gruppo tecnico triennio 2021–2024.
- Rushton CH et al. Impact of a contemplative end-of-life training program: Being with Dying. *Palliative & Supportive Care*. 2009. PMID 19939303.
- Halifax J. G.R.A.C.E. for nurses: Cultivating compassion in nurse/patient interactions. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014.
- Cacciatore J, Flint M. ATTEND: Toward a mindfulness-based bereavement care model. *Death Studies*. 2012.
- Scocco P et al. Mindfulness-based weekend retreats for people bereaved by suicide (Panta Rhei): A pilot feasibility study. *Psychology and Psychotherapy*. 2019;92(1):39–56. PMID 29512287.
- Scocco P et al. Panta Rhei: A Non-randomized Intervention Trial on the Effectiveness of Mindfulness–Self-compassion Weekend Retreats for People Bereaved by Suicide. *Mindfulness*. 2022;13:1307–1319. DOI 10.1007/s12671-022-01880-0.
- Maccallum F, Dawson K, Azevedo S, Bryant RA. Challenges in Grief-Focused Cognitive Behavior Therapy for Prolonged Grief Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2025;32(1):18–28. DOI 10.1016/j.cbpra.2023.10.002.

Grazie

*“Non si tratta di non sentire.
Si tratta di poter restare presenti senza perdersi.”*

Silvia Bianchi — Psicologa psicoterapeuta

